Washington State Department of Social & Health Services

ESA Economic Services Administration

Solicitud del Proveedor para Pago Adicional por Necesidades Especiales

Provider Request for Additional Special Needs Payment

Le solicito al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) que pague una tarifa más alta por el cuidado de niños con necesidades especiales. Comprendo que debo otorgar información sobre las necesidades de cuidado adicional de este menor mientras está en cuidado de niños.

NOMBRE DEL NIÑO (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	NOMBRE DEL PADRE/MADRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	
NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL PADRE/CLIENTE	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS Y NÚMERO DE PROVEEDOR (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	NÚMERO DE TELÉFONO

Describa las necesidades adicionales del niño en las siguientes áreas:	**Marque la casilla que mejor describa el nivel adicional de cuidado que se proporciona mientras está en cuidado de niños.**
1. Todo cambio que haya tenido que realizar para satisfacer las necesidades físicas del niño o para su protección (rampas, encimeras más bajas, barandas, iluminación, nivel de ruido, cerraduras, puertas, cercado, etc.):	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Significativo
2. Dispositivos para caminar/desplazarse/utilizando los brazos y manos/transporte especial:	☐ Similar a niños de la misma edad ☐ Poco ☐ Asistencia total ☐ Moderado ☐ Significativo
3. Alimentación (nivel de ayuda que se necesita) dieta/alergias/preparación de comidas:	☐ Similar a niños de la misma edad ☐ Poco ☐ Asistencia total ☐ Moderado ☐ Significativo
4. Dormir/siestas/descanso/comportamiento habitual para dormir/posición:	☐ Similar a niños de la misma edad ☐ Poco ☐ Asistencia total ☐ Moderado ☐ Significativo
5. Respiración/problemas respiratorios/alergias: ¿Necesita el niño algún equipo/ medicamento especial?	☐ Similar a niños de la misma edad ☐ Poco ☐ Asistencia total ☐ Moderado ☐ Significativo
6. Uso del retrete/higiene personal (lavado de manos/cara, cuidado propio, uso de pañales, vestimenta):	☐ Similar a niños de la misma edad ☐ Poco ☐ Asistencia total ☐ Moderado ☐ Significativo
7. Audición/visión/comunicación:	☐ Similar a niños de la misma edad ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Significativo
8. Comportamiento:	☐ Similar a niños de la misma edad ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Significativo ☐ Requiere supervisión uno a uno

9. Atención médica/medicamentos/procedimientos médicos específicos:	☐ Ya se ha respondido ☐ Similar a niños de la misma edad ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Significativo ☐ Asistencia total

10. Otro/inquietudes:

¿Qué tipo de destrezas o capacitación especial posee o necesitará tener para cuidar del menor en cuestión? ¿Ha compartido el padre instrucciones específicas de cuidado con usted?

¿Cuál será su costo para cuidar de este menor? (Este es el monto en exceso a la tarifa diaria estándar de DSHS que le costará a usted para brindar cuidado a este menor.)

Por hora: $ _____ Por día: $ _____ Por semana: $ _____ o por mes: $ _____

Describa cómo calculó este monto en dólares y cómo utilizará los fondos para cubrir el cuidado de este menor.

Los siguientes recursos podrían estar a disposición suya o del menor.

a. La Administración Servicios para Ancianos y Personas con Impedimentos, (360) 902-8444, www.aasa.dshs.wa.gov
b. El programa Healthy Mothers, Healthy Babies, 1-800-322-2588, www.hmhbwa.org
c. Servicios de Educación Especial (por medio del distrito escolar local)
d. Una enfermera de salud pública
e. Terapeuta ocupacional /Terapeuta físico
f. Terapeuta de respiración
g. Terapeuta del habla
h. El grupo Parent-to-Parent u otros grupos de apoyo, www.arcwa.org
i. Especialista del comportamiento/Psicólogo/Salud mental para niños
j. Agencia de Recursos de Cuidado de Niños y Derivaciones, 1-800-446-1114

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA

Le agradecemos haber tomado el tiempo para responder las preguntas sobre este niño.
Entregue este formulario y cualquier otro documento al funcionario de cuidado de niños.